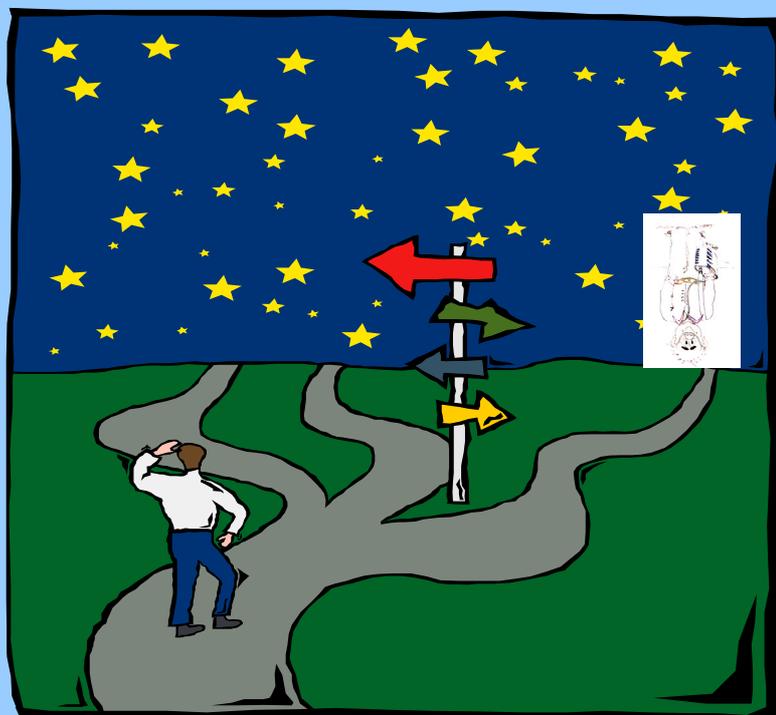


CONSIGLI PRATICI PER I MALATI AFFETTI DA BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA (BPCO) IN OSSIGENOTERAPIA DOMICILIARE A LUNGO TERMINE



Paola Ciurluini*, Giuseppe De Angelis
Cristina Cinti[^], Margherita Neri[°].**

*Servizio di Psicologia Clinica Ospedale C.Forlanini-Azienda Ospedaliera S. Camillo Forlanini, Roma.

** I° U.O. Broncopneumologia e Riabilitazione Respiratoria
Ospedale C.Forlanini - Azienda Ospedaliera S. Camillo Forlanini, Roma.

[^]Dipartimento di Malattie del Torace- Azienda USL Città di Bologna

[°]Fondazione S. Maugeri - Centro di Riabilitazione di Tradate (VA)

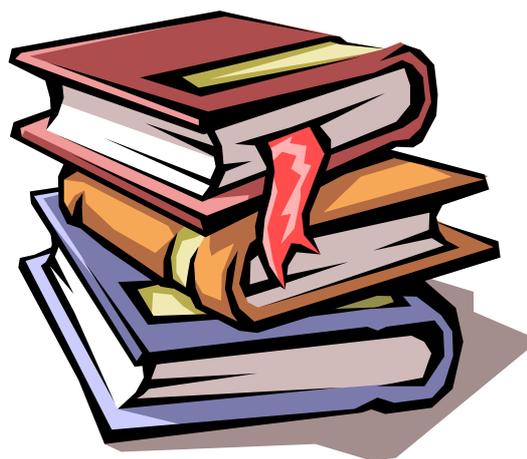
Revisione a cura del Gruppo di Studio “Attività Educazionale” dell’AIPO con la collaborazione di: Stefano Aiolfi, Maria Aliani, Pasquale Avati, Lorenza Bancalari, Natalino Barbato, Luigi Codecasa, Isotta Coloretti, Mario Del Donno, Renato De Tullio, Antonio Dezio, Marco Dottorini, Franco Falcone, Natale Greco, Cristina Maccone, Vincenza Mariano, Paola Martucci, Andrea Melani, Fabrizio Peccini, Angelo Sena, Dorian Zanchetta, Vincenzo Zagà.

Disegni di Carlo Vittorio Landoni.

**DIPARTIMENTO DELLE MALATTIE DEL TORACE
AZIENDA USL CITTA' DI BOLOGNA**

Indice

| | |
|---|---------------|
| Che cosa è la BPCO | pag.4 |
| Che cosa è l' insufficienza respiratoria | pag.5 |
| La cura della BPCO | pag.8 |
| Ossigenoterapia domiciliare | pag.11 |
| Riabilitazione psicofisica | pag.14 |
| ABC dell'ossigenoterapia | pag.15 |
| Bibliografia | pag.17 |





Questo opuscolo è dedicato alle persone che soffrono di Broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) con insufficienza respiratoria cronica in terapia domiciliare con ossigeno, e ai loro familiari.

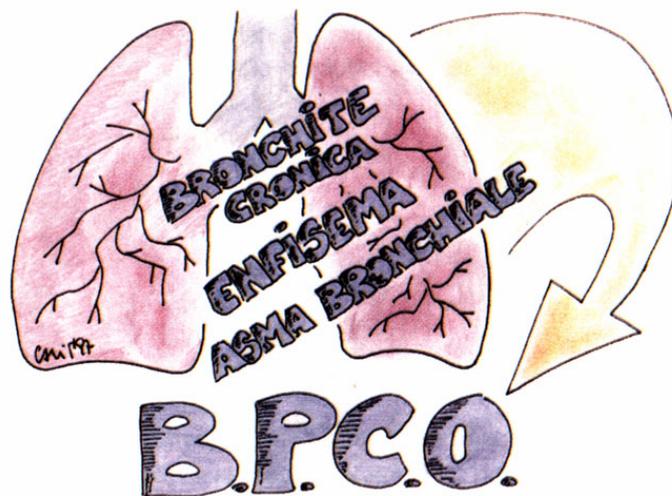
Ha lo scopo di fornire informazioni per migliorare la gestione della malattia, la qualità di vita e per accettare, e seguire, correttamente, tutte le prescrizioni terapeutiche fornite dallo specialista pneumologo. Si è cercato di usare parole e concetti semplici per spiegare i termini più comunemente adoperati nel linguaggio medico in modo facilmente comprensibile a tutti, anche a costo di qualche inesattezza.

La pubblicazione non ha la pretesa di soddisfare tutti i dubbi e le richieste che i malati pongono al medico, tuttavia si rende utile come ausilio nei programmi educativi per tutte quelle notizie tecniche e consigli pratici sulla terapia, sulle abitudini di vita da osservare e sui principali controlli da praticare durante l'evoluzione della malattia. L'opuscolo, inoltre, può rappresentare un mezzo e uno stimolo in più per migliorare la comunicazione tra medico e paziente.

Che cosa è la BPCO ?

La BPCO è l'abbreviazione del termine "Broncopneumopatia cronica ostruttiva", che comprende la bronchite cronica, l'enfisema e l'asma bronchiale, tutte malattie caratterizzate da ostacolo al flusso aereo nei bronchi. Tale ostruzione è generalmente non reversibile nella bronchite cronica e nell'enfisema polmonare, mentre è spesso reversibile, spontaneamente o dopo terapia, nell'asma bronchiale .

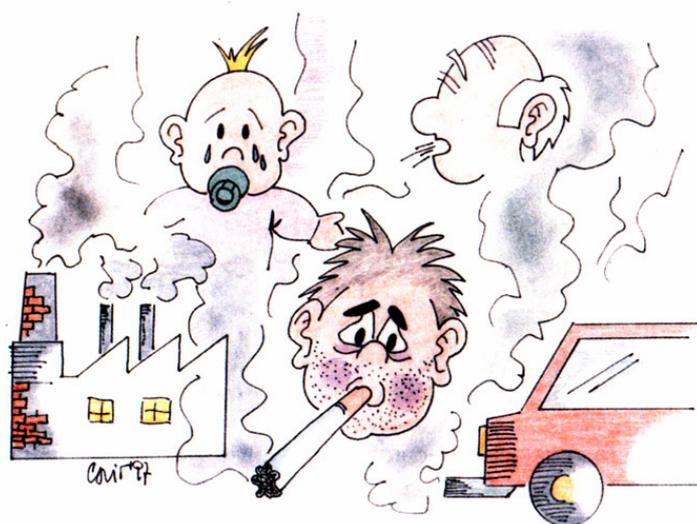
Si è calcolato che circa 3 milioni e mezzo di italiani soffrono di bronchite cronica e, secondo i dati forniti dal Gruppo di studio dell'Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri (AIPO) "Epidemiologia e Statistica Sanitaria", 4 su 10 pazienti ricoverati in reparti di pneumologia sono affetti da bronchite cronica ed enfisema polmonare.



Le cause che portano all'insorgere di una BPCO

sono molteplici e riguardano:

- 1) **Il fumo di sigaretta:** la nocività di questo agente può colpire direttamente chi fuma, ma anche quei soggetti che per motivi di vita o di lavoro si trovano a soggiornare in ambienti inquinati dal fumo di altre persone ("fumatori passivi"). Fra queste categorie di fumatori passivi i più colpiti sono i bambini che convivono con genitori che fumano, le persone anziane e tutti coloro che soffrono già di alterazioni a carico dei bronchi.
- 2) **L'inquinamento atmosferico ed ambientale:** allergeni e "smog", costituito da tutti quei gas, quali ossido di azoto, ossido di carbonio, fumi, fuliggini, polveri, ecc., che si liberano in gran quantità nell'atmosfera, per l'emissione degli stessi da parte di auto, industrie, o ambienti di lavoro.



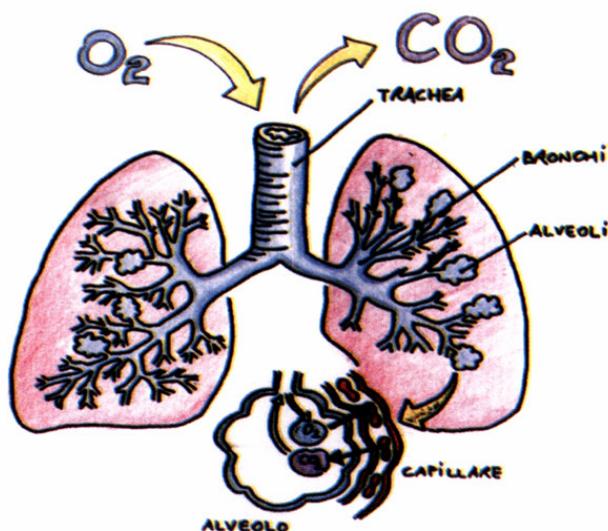
3) **Infezioni respiratorie**, dovute a batteri o virus: questi vanno a provocare danni direttamente sulla mucosa bronchiale, riducendo inoltre tutti quei meccanismi di difesa contro polveri o gas.

3) **Deficit congenito di alfa-1-antitripsina**: riduzione della protezione naturale del polmone che può determinare enfisema.

Che cosa è l' insufficienza respiratoria?

Come si respira

Attraverso la respirazione che avviene nei polmoni, l'ossigeno, di cui è ricca l'aria, entra nel sangue, mentre dal sangue che circola nei polmoni viene espulsa all'esterno l'anidride carbonica. Una adeguata concentrazione di ossigeno nel sangue è indispensabile per far funzionare l'organismo. I tessuti che per primi cominciano a soffrire di un abbassamento di ossigeno nel sangue sono quello nervoso, quello cardiaco e quello renale. Quando l'ossigeno contenuto nel sangue si abbassa si parla di "insufficienza respiratoria". Talvolta associata ad una riduzione di ossigeno si può avere anche un aumento dell'anidride carbonica.



In questo caso si parla di insufficienza respiratoria globale. L'insufficienza respiratoria è caratterizzata da una riduzione della quota di ossigeno che arriva alle cellule, che non riescono più a svolgere il loro normale lavoro (metabolismo). Anche i muscoli respiratori possono poi "stancarsi"; tale esaurimento determina riduzione della ventilazione polmonare (ipoventilazione) e conseguente aumento dell'anidride carbonica che non viene più eliminata (ipercapnia). Normalmente si respira una miscela di gas (aria ambiente) dove la concentrazione di ossigeno è del 21% (si riduce con l'altitudine); la pressione di ossigeno del sangue arterioso è superiore ad 80 mmHg (tende però a ridursi in età avanzata) e la saturazione dell'emoglobina è superiore al 94%. Per misurare il contenuto di ossigeno del sangue arterioso è necessario prelevare del sangue (emogasanalisi) oppure si può indirettamente misurare la saturazione emoglobinica con uno strumento chiamato saturimetro. L'aria può essere artificialmente arricchita di ossigeno (ossigenoterapia).

I disturbi della BPCO

La **tosse** e il **catarro**, più evidenti al mattino, sono i segni iniziali della malattia. Il catarro che assume un colore giallastro o verdastro è segno di una infezione batterica sopravvenuta. L'affanno dopo sforzo è segno di aggravamento della malattia.

La **manca di respiro (dispnea)** è una sgradevole sensazione di affaticamento respiratorio che è avvertito dal paziente ed è difficilmente misurabile. Sono state studiate delle "scale" di rilevazione che possono permettere la registrazione del "grado" di dispnea, molto utili per il sanitario che segue il paziente.

Ad uno stadio più avanzato della malattia compare l'affanno anche a riposo, è difficoltoso stare distesi a letto e viene preferita la posizione seduta; può così comparire l'insufficienza respiratoria, e se si accusano tremori muscolari (più evidenti alle mani, ma anche a carico di altri muscoli del corpo) è probabile che sia anche aumentata l'anidride carbonica nel sangue (insufficienza respiratoria globale).

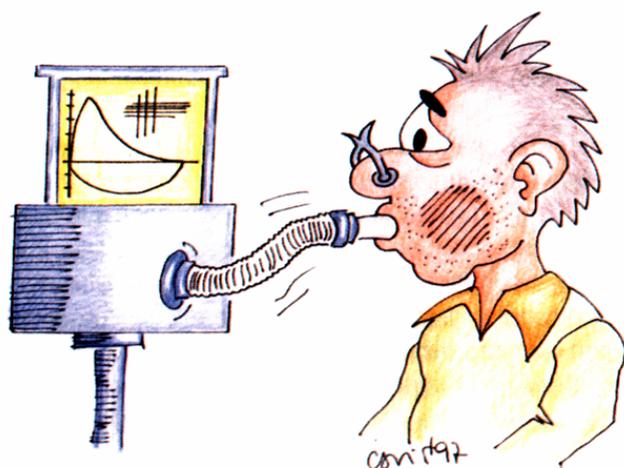
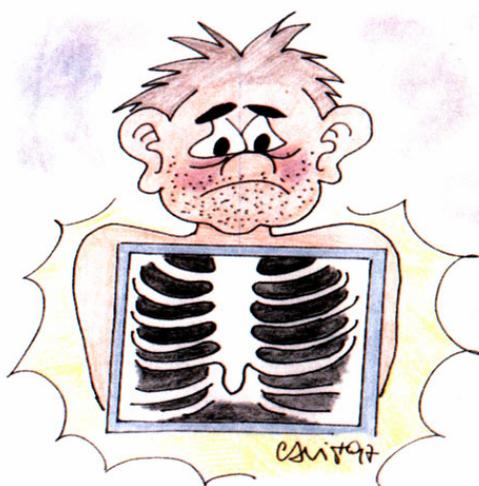
Il **mal di testa**, talvolta a carattere pulsante alla nuca o alla fronte, la **sonnolenza** durante il giorno (specie dopo i pasti), l'**insonnia** nel corso della notte, la **perdita di interesse** per le cose e la propria persona, l'**irritabilità**, sono tutte spie di peggioramento della malattia. E' importante che i parenti sappiano riconoscere le modificazioni dell'umore del loro congiunto. Inoltre può comparire il gonfiore ai piedi e il paziente può avvertire fastidiosi "colpi a vuoto del cuore", rappresentati da extrasistoli, tutti segni di affaticamento del cuore (cuore polmonare cronico). Le arteriole polmonari in un paziente ipossiémico tendono a restringersi e perciò il cuore fa più fatica a pompare il sangue; il muscolo cardiaco si ingrossa (ipertrofia) poi la sua azione di pompa può diventare insufficiente (insufficienza cardiaca destra).

E' da ricordare che l'abbassamento di ossigeno nel sangue può avvenire durante il sonno anche senza averne consapevolezza.

Gli esami che si praticano nella BPCO

Oltre alla **radiografia** del torace si misura la quantità di aria che il paziente riesce a ventilare (i volumi polmonari) mediante un apparecchio chiamato **pirometro**. **L'emogasanalisi** (misurazione dei gas nel sangue arterioso) a riposo e durante sforzo fisico (ad esempio test del cammino, al cicloergometro ecc.) di base, con ossigenoterapia e durante il sonno, quantifica la quota di ossigeno, l'anidride carbonica e il relativo stato di acidità presente nel sangue. Questi test permettono di valutare le necessità del paziente nei vari momenti della vita, adeguando le quote di ossigeno da somministrare nell'arco della giornata.

Anche l'elettrocardiogramma è utile per verificare lo stato del cuore.



La cura della BPCO

E' inderogabile la **SOSPENSIONE DEFINITIVA DEL FUMO DI SIGARETTA** per vari motivi, in particolare per l'inevitabile progressione della malattia, e per il rischio di scoppio ed incendio delle bombole di ossigeno.

Potrebbero essere utili il supporto di un esperto per la disassuefazione dal fumo di tabacco e un'adeguata assistenza psicologica, oltre che l'assunzione di sostituti nicotinici (cerotti , gomme da masticare ecc.)

Broncodilatatori

I principali broncodilatatori sono i beta-stimolanti, gli anticolinergici e i teofillinici. I farmaci beta-stimolanti sono utilizzati preferenzialmente per via inalatoria (bombolette spray, inalatori di polvere secca, nebulizzatori), ma possono essere somministrati anche per via endovenosa, e per via orale (comprese o sciroppi). Sono derivati dell'ormone naturale adrenalina e, perciò, possono dare, specie se usati ad alte dosi, degli effetti collaterali quali tremore, agitazione e tachicardia. Tali effetti sono temporanei e scompaiono quando termina l'azione del farmaco. La durata della loro azione , infatti, può variare: da tre a sei ore per quelli a breve durata (da utilizzare anche "al bisogno"), fino ad otto-dodici ore per quelli a lunga durata d'azione. Gli anticolinergici antagonizzano gli effetti del nervo Vago, che tende a far contrarre i muscoli bronchiali, riducendo il calibro dei bronchi stessi. Vengono usati per inalazione e, specie ad alte dosi, possono determinare secchezza delle fauci. I teofillinici sono farmaci molto usati anche per l'effetto "tonico" sui muscoli respiratori. Sono derivati della teina e caffeina e possono essere somministrati per bocca e per via endovenosa. Hanno una durata di azione di 5-6 ore ma anche superiore. La dose efficace è molto vicina a quella tossica, perciò si devono spesso misurare i livelli di teofillina (teofillinemia) nel sangue, in particolare se compaiono gli effetti collaterali quali: nausea, vomito, cefalea, irritabilità.

Cortisonici

Sono potenti antinfiammatori che possono essere utilizzati per via inalatoria, per bocca, per via parenterale (intramuscolare o endovenosa). Vengono usati spesso in associazione con altri farmaci e sono derivati dall'ormone naturale cortisone. Come effetti collaterali possono esagerare la normale azione di tale prodotto del surrene: ipertensione arteriosa, diabete, ritenzione di liquidi, disturbi gastrici e fragilità delle ossa per osteoporosi. Quando i cortisonici si usano solo per via inalatoria gli effetti collaterali sono molto ridotti, mentre si possono avere raucedine e micosi del cavo orale prevenibili con una buona detersione della bocca dopo l'assunzione di tali farmaci.

Antibiotici

Sono indicati se il catarro diventa giallo o verdastro, se compare febbre, se c'è un aggravamento della tosse e della dispnea.

Mucolitici

Servono a rendere il catarro meno denso e vischioso, permettendo quindi al paziente di eliminarlo con meno sforzo con i colpi di tosse.

Cardiocinetici

Sono farmaci che aiutano il cuore a pompare con maggior energia.

Diuretici

Aumentano la quantità di urina emessa nelle 24 ore, vengono eliminare liquidi che potrebbero essere "in eccesso". Così si riduce il gonfiore ai piedi.

Antitosse

Solo il medico può valutare se ed in che dosi assumere tali farmaci, poiché annullare completamente la tosse può essere controproducente, in quanto essa rappresenta un valido meccanismo di espulsione del catarro dai bronchi.



Sonniferi

Sono farmaci da usare con molta cautela perché possono deprimere la respirazione con aggravamento della malattia.

Alimentazione

In caso di sovrappeso, che determina un lavoro supplementare per il cuore e i polmoni già sofferenti per la scarsità di ossigeno nel sangue, è indispensabile ristabilire il proprio peso corporeo ideale mediante apposita dieta.



E' dannoso un eccessivo dimagrimento, perché i muscoli della respirazione ne risultano indeboliti. E' quindi necessario farsi prescrivere dal dietologo una nutrizione adeguata.

Evitare pasti abbondanti, ma ricorrere a frequenti "spuntini", allo scopo di non sovraccaricare l'apparato digerente che richiederebbe maggior energia e maggior consumo di ossigeno.

Limitare il vino (massimo mezzo bicchiere ai pasti).

Evitare i superalcolici.

Il caffè a dosi ridotte non è controindicato.

Prevenire con la dieta, ed eventualmente con opportuni lassativi, la stitichezza, perché gli sforzi che si producono nel tentativo di evacuare possono provocare gravi crisi di affanno.

Ossigenoterapia domiciliare

E' una terapia molto efficace in tutte quelle forme di BPCO che si accompagnano a diminuzione stabile dell'ossigeno nel sangue arterioso. Lo scopo dell'ossigenoterapia a lungo termine è quello di incrementare il livello di ossigeno del sangue ed è indicata nell'insufficiente respiratorio cronico che è stabilmente ipossiémico con valori di ossigeno nel sangue inferiori a 55 mmHg.

I vantaggi di una ossigenoterapia ben eseguita sono:

- 1) Allungamento del tempo di vita.
- 2) Miglioramento della qualità di vita del paziente con riduzione del numero di infezioni polmonari a cui questo tipo di malato va con facilità incontro; ed aumento della capacità di eseguire attività fisiche che richiedono un certo sforzo, e miglioramento della qualità del sonno e della memoria.

I vantaggi della ossigenoterapia si osservano solo se questa è praticata come si deve, ossia a quel determinato flusso di ossigeno assunto dal paziente per almeno 18 ore al giorno. Per flusso si intende il numero di litri per minuto primo.

Dopo almeno un anno di ossigenoterapia per più di 15 ore al giorno si potrà avere una riduzione delle resistenze delle arteriole polmonari con minore fatica della pompa cardiaca destra. Ciò porterà anche a un miglioramento globale della funzione del cuore che potrà pompare più sangue e anche la dispnea da sforzo sarà ridotta. L'aumentata tolleranza allo sforzo potrà permettere anche una migliore rieducazione funzionale.



Le principali fonti di ossigeno

1) **Bombole:** sono grandi recipienti che contengono ossigeno a pressione (circa 10.000 litri). Sono pesanti ed ingombranti e durano pochi giorni. Le bombolette "portatili" hanno una autonomia ancora più limitata (poche ore la più piccola che è di 4 Kg). Unico vantaggio è che sono la fonte di ossigeno meno costosa.

2) **Concentratore di ossigeno:** filtra azoto ed altri gas dall'aria atmosferica producendo così elevate concentrazioni di ossigeno. E' di ingombro limitato e un anno di uso costa in media 500.000 lire di elettricità. Tuttavia limita la mobilità del paziente, che è confinato al proprio domicilio, è rumoroso, e necessita di adeguata assistenza tecnica e di manutenzione (cambio di filtri ecc.). Non funziona in caso di interruzione della corrente elettrica.

3) **Ossigeno liquido:** è il sistema più usato in Italia. Permette di mantenere a domicilio una riserva di ossigeno nel recipiente principale, che funge da madre, per cui è possibile sostituirlo per il riempimento ogni 7 - 9 giorni a secondo del flusso impiegato. Inoltre viene fornito anche di un recipiente portatile (stroller) di dimensioni e peso molto inferiori (da 2,5 a 3 kg) che permette al paziente di muoversi dovunque con una autonomia di 3 - 7 ore a secondo del flusso di ossigeno adoperato, e che può essere ricaricato dal recipiente principale.

In caso di viaggio in auto è possibile trasportarlo ponendolo sotto il sedile, o, in caso di viaggi più lunghi, si può collocare il recipiente madre dietro i sedili anteriori.

Nei viaggi aerei è consigliabile rivolgersi alla compagnia aerea con cui si intende viaggiare.

I metodi di assunzione dell'ossigeno

Sondino nasale (occhialini): sono i più usati. Hanno il vantaggio di lasciare libera la bocca del paziente, che può così conversare, alimentarsi ed espettorare. In commercio esistono anche sondini nasali che possono

mimetizzarsi in una vera montatura di occhiali, migliorando in questo modo l'estetica del paziente.

Gli svantaggi sono rappresentati dal malposizionamento durante la notte in seguito agli inevitabili movimenti del capo durante il sonno per cui gli occhiali scappano fuori dal naso. Esistono in commercio sondini nasali provvisti di un prolungamento che si allaccia dietro il capo con cui è possibile fissarli dentro le narici anche durante la notte. Oppure si può provvedere ad allacciare con un nastro od un elastico le due estremità del sondino nasale che si collocano dietro le orecchie.

E' necessario che il naso sia libero perché il paziente possa inalare adeguatamente l'ossigeno!

Maschera (Venti-Mask): è usata quando si vuole essere certi di ossigenare il paziente con concentrazioni di ossigeno più stabili. E' indicato anche il se respiro è prevalentemente orale o se le vie nasali sono ostruite.

Sondino tracheale: in casi molto particolari si può inserire mediante un piccolo intervento un piccolo tubicino direttamente in trachea.

Per una corretta ossigenoterapia è necessaria una adeguata manutenzione del sistema adottato.

1) Controllare che ci sia acqua (meglio se acqua distillata) nell'umidificatore, rimboccandolo quando il liquido si è consumato. In tal modo è possibile evitare irritazioni alle mucose nasali. Tuttavia talvolta queste possono irritarsi. Si potrà allora cospargerle con una pomata. Esistono inoltre sondini nasali formati di una plastica più morbida e flessibile.

2) Controllare che il flussimetro (che indica quanti litri di ossigeno al minuto primo sono erogati) segni il numero esatto di litri prescritti dal medico pneumologo.

Pulire sempre accuratamente le parti in plastica (tubi di collegamento, occhiali, maschera, umidificatore).

La Ditta fornitrice dovrà attuare i controlli del caso ad ogni rifornimento o, periodicamente, in caso di uso del concentratore (filtri, raccordi, sistemi di umidificazione). Potrebbe essere utile un diario dell'utente, con le registrazioni dei tempi di ossigenoterapia. Devono comunque essere scrupolosamente rispettate le norme di sicurezza di prevenzione degli incendi. L'ossigeno facilita la combustione e devono essere sempre previste le normali perdite per evaporazione: non posizionare le bombole vicino a caldaie, non cucinare con fiamme libere durante la terapia.

4) **NON variate autonomamente IL FLUSSO DELL'OSSIGENO!** In caso di aumento dell'affanno si deve consultare lo specialista pneumologo.

5) L'assunzione dell'ossigeno va fatta per il numero di ore giornaliere prescritte dallo specialista pneumologo e senza interruzioni. Se non si rispetta questa modalità l'ossigenoterapia può risultare controproducente.

Quando rivolgersi al medico



Controlli clinici periodici con esami, quali l'emogasanalisi arteriosa e la spirometria, sono necessari per verificare l'andamento della malattia.

Esistono norme locali regionali che regolamentano il calendario di tali controlli. E' auspicabile una normativa nazionale di riferimento. L'AIPO ha già emanato alcune linee-guida e sono in corso d'opera dei protocolli applicativi regionali.

Il paziente deve sapere che se si reca presso la propria azienda sanitaria locale (o presso un laboratorio di analisi) per eseguire l'emogasanalisi senza che egli sia adeguatamente ossigenato perché ha sospeso l'ossigeno da più di mezz'ora, l'emogasanalisi arteriosa può mostrare un basso valore di ossigeno. In questo caso lo specialista pneumologo non potrà stabilire se l'ossigeno che ha prescritto a quel determinato flusso al minuto primo è sufficiente a mantenere una buona ossigenazione in quel malato. Pertanto il paziente dovrà recarsi presso il laboratorio di analisi sotto ossigenoterapia, fornita dal recipiente portatile (stroller).

Se, al contrario, lo specialista vuole verificare se sono migliorate le condizioni cardiorespiratorie del paziente, si potrà sospendere l'ossigenoterapia prima di praticare il controllo emogasanalitico arterioso.

In quelle Aziende Sanitarie in cui è stato attivato il servizio di assistenza domiciliare, specie per quei malati che non sono in grado di camminare, è possibile richiedere al letto del paziente il prelievo per l'emogasanalisi arteriosa.

Inoltre è necessario chiedere controllo medico nelle seguenti situazioni:

- In caso di comparsa di febbre
- In caso di aumento della tosse o del catarro (specie se questo diventa giallo o verde)
- In caso di aumento dell'affanno
- In caso di aumento del peso corporeo o di comparsa di gonfiore ai piedi
- In caso di comparsa di aritmia cardiaca
- In caso di comparsa di cefalea, irritabilità, cambiamento dell'umore (depressione e/o ansia).

Attività fisica

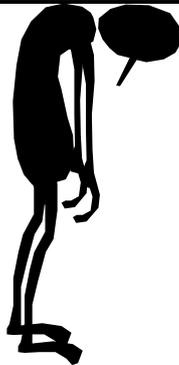


Evitare sforzi o esercizi particolari ed eccessivi. Ogni paziente deve praticare quella attività fisica che non determina insorgenza di affanno. Quando è possibile è bene frazionare lo sforzo per attuare una determinata attività fisica.

Esistono programmi di “allenamento” dei muscoli respiratori da praticare su indicazione dello specialista di malattie polmonari presso adatti centri di riabilitazione. Il Fisioterapista può infatti insegnare al paziente come “riallenare” i muscoli respiratori con programmi riabilitativi personalizzati.

E' comunque utile praticare diverse volte durante la giornata una inspirazione profonda a cui far seguire una espirazione lenta e prolungata con labbra socchiuse.

Riabilitazione Psicofisica



Accanto alle tradizionali terapie mediche la riabilitazione psicofisica individuale o di gruppo dei disturbi respiratori rappresenta un ausilio importante. I pazienti con BPCO e grave ostruzione bronchiale per l'intensa dispnea, specie se sono in insufficienza respiratoria, tendono a ridurre progressivamente la loro attività fisica. I muscoli scheletrici vanno in contro ad atrofia con conseguente peggioramento della tolleranza allo sforzo. I programmi di riabilitazione aumentano la tolleranza allo sforzo e migliorano la qualità della vita. Il terapista respiratorio è quindi una figura fondamentale che può insegnare metodiche utili per la riabilitazione respiratoria ma anche per affrontare, e imparare a superare, i momenti di difficoltà.

Il drenaggio delle secrezioni, il rilassamento dei muscoli respiratori, il coordinamento del respiro e l'ottimale utilizzo delle protesi respiratorie

sono alcune importanti manovre che possono essere apprese e modulate nei vari momenti della giornata. Il momento riabilitativo è anche ottimale per perfezionare le attività informativo-educative.

Risultati significativi possono ottenersi con trattamenti brevi di psicoterapia, da tre a sei mesi, meglio se di gruppo, orientati su obiettivi a breve termine da conseguire per via ambulatoriale.

La psicoterapia prende in esame la capacità del paziente di affrontare le situazioni di disagio legate alla malattia, comprese le limitazioni funzionali che la malattia stessa comporta; il soggetto può imparare a convivere con la malattia, ad attenuare l'impatto che l'apparecchio portatile di ossigenoterapia (stroller) può suscitare in lui, a gestire eventuali crisi di affanno e a superare sentimenti di paura e/o di angoscia di morire soffocati.

Tra le varie forme di psicoterapie individuali e di gruppo ricordiamo:

a) Le terapie di rilassamento per l'ansia

Le tecniche originali (training autogeno, rilassamento muscolare progressivo) o nelle loro varianti, si basano su di un programma di apprendimento di rilassamento muscolare, che vede una diminuzione dei livelli di ansia con conseguente miglioramento di alcune misure di funzionalità respiratoria.

b) Le tecniche di autocontrollo per la disassuefazione dal fumo e per la gestione della crisi respiratoria

c) Il Biofeedback

E' un apprendimento in cui il soggetto, dopo un adeguato rilassamento, per mezzo di una strumentazione elettronica dotata di un segnale percettibile visivo o sonoro, impara controllare la respirazione, modificando sia la frequenza che la profondità degli atti respiratori.

La psicoterapia analitica breve o psicoanalisi.

La terapia analitica è focalizzata sui disturbi respiratori

Psicoterapie di gruppo

Al fine di favorire l'adattamento alle terapie e migliorare la qualità della vita è consigliabile costituire gruppi di sostegno e gruppi di auto-aiuto, che hanno la caratteristica di garantire la continuità degli incontri anche in regime di Day-Hospital ed ambulatoriale; per la BPCO in OLT domiciliare risulta utile anche la costituzione di gruppi di discussione.

I self- help (gruppi di auto-aiuto)

Consistono in riunioni di gruppo tra pazienti con BPCO in ossigenoterapia e i loro familiari, nelle quali, attraverso lo scambio di esperienze comuni, vengono condivise e superate ansie e paure collegate alla malattia cronica,

alla “vergogna di uscire con il sondino al naso”, alle limitazioni delle abitudini quotidiane, al livello di dipendenza, alla bassa stima di sé ecc.

Il gruppo viene a rappresentare un rinforzo positivo e un incremento per il paziente a percepirsi diversamente; per tale motivo esso dovrebbe attivarsi a partire dalle prime fasi di ricovero e continuare dopo il periodo della dimissione, in regime ambulatoriale.

LA SCUOLA DELL'OSSIGENOTERAPIA HA QUESTE FINALITA'.



Bibliografia

- Cellini F, Cremonini C, Giovannini M, Perri G, Spada E. Guida all'Ossigenoterapia domiciliare. Centro Stampa AUSL. Ravenna . Maggio 1999.
- Brambilla I. Per vivere meglio in ossigeno. Aspetti riabilitativi dell'ossigenoterapia a lungo termine. 3° edizione. Arti Grafiche Salea, Milano. 1999.
- Brambilla I. Per vivere meglio in ossigeno. Aspetti riabilitativi dell'ossigenoterapia a lungo termine. Suppl. A.M.O.R. Notizie . Anno II, n°1.1995.
- Neri M. Problemi educazionali nelle malattie respiratorie in Trattato Italiano di Pneumologia di C. Donner e C.M. Sanguinetti. Volume I° EDI-AIPO Scientifica. Pisa. 1998.
- Neri M, Zanon P. Il medico, il paziente e l'asma. Jean Gilder Edizioni.Napoli,1998.
- International Oxigen Club. Vivere con un supporto respiratorio a lungo termine. Informazioni per il paziente. APA ALGANON s.r.l. Arti Grafiche. Arona (NO).